

様式1  
申込者

# 介護老人福祉施設やすらぎの家入所申込書

ふりがな		本人との関係
氏名		
住所	〒	

電話番号
携帯番号

支 援 事 業 所

名 称		担当ケアマネージャー
住 所	〒	

電話 番 号

--

本 人





日
月 日 ( 歳)
話 番 号
月 日 から
月 日 まで

同居の方 について
主に介護される方 について
介護を手伝う 方について
お住まいに ついて
介護する上での住 宅の問題 点について
その他 あてはまるもの
ご自宅以外で

<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(配偶者の年齢 歳)	
<input type="checkbox"/> 同居者が居る( )	
介護をされている方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
主に介護されている方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある主に介護されている方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない	
介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方	
今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外	
自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> エレベーターのない、集合住宅の2階以上に住んでいる	
<input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある	
<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい	
<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声	
<input type="checkbox"/> その他の行為 ( 具体的な内容 )	
<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的な内容 )	
<input type="checkbox"/> 病気がある(病名 )	
現在いらっしゃるの <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス	
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="radio"/> 施設の名称	
<input type="radio"/> 入所・入院開始日 年 月 日～	

私は、貴施設に入所を希望します。この申込書にある内容を保険者、在宅支援センター及び指定する介護支援専門員(ケアマネージャー)へ提供することに同意いたします。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

介護者等家族の状況		フリガナ		続柄等	
	主たる介護者	氏名		生年月日	□明治・□年
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 〒	電話
主たる介護者の状況	<p>◆ 下記の項目で該当するものの□印にチェックして下さい。(複数回答も可)</p> <input type="checkbox"/> 入所を希望される方には、身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または2人以上( )の介護に当たっている。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が働いている。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにも当てはまらない。 <p>◆ 介護をしている上で、特に困っている事があれば記入して下さい。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>				
入所希望者の状況	認知症及び精神の状況	<p>◆ 下記の項目でいずれか一つ該当するものの□印にチェックして下さい。</p> <input type="checkbox"/> 認知症状はありますが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意すれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門的治療を必要とする。 <p>◆ その他、記載すべきことがあれば、ご記入下さい。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
親族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所・電




性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
----	--

大正・昭和
-------

月	日	( 歳)
---	---	------

---

---

---

---

。

-----  
-----  
-----

、

-----  
-----  
-----

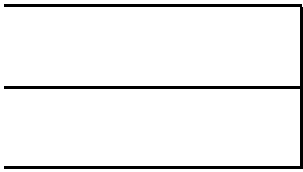
電話
----

---

---

---

---



# 入所相談受付票

記入日 平成 年 月 日

視力障害	右：無・有	左：無・有	聴力障害	右：無・有	
	眼鏡使用：無・有			補聴器使用：無・有	
麻痺	無・有（部位）		拘縮	無・有（部位）	
言語	通じる・何とか通じる・話せるが理解出来ない・理解出来るが話せない・通				
食 事	摂取動作：自立・一部介助・全介助				
	主 食：常食・粥・ミキサー		副 食：常食・刻み・		
	用 具：箸・スプーン・フォーク・その他（）				
	義 歯：自歯・上下・上のみ・下のみ・その他（）				
	食事制限：無・糖尿食（ kcal）・減塩食（ g）・その他（				
	嚥 下：良・悪（トロミアップ等の使用：無・有）				
	好き嫌い・アレルギー等により摂取出来ない食品：無・有（				
排 泄	排 尿：自立・一部介助・全介助		排 便：自立・一部介		
	尿 便 意：有・無・時々		失 禁：無・有・時		
	日中の排泄場所・用具： トイレ（誘導 要・不要）・ポータブル・オムツ・リハビリパンツ・パット・布				
	夜間の排泄場所・用具： トイレ（誘導 要・不要）・ポータブル・オムツ・リハビリパンツ・パット・布				
入 浴	入浴動作：自立・一部介助・全介助		着 脱：自立・一部介		
	入浴形態：一般浴・チェア浴・ストレッチャー浴				
移 動	移動動作：自立・一部介助・全介助		補助具：無・有（		
	移動方法：歩行・杖・歩行器・車椅子				
認知症	認知症の有無：無・軽度・中度・重度		精神障害：無・有（		
	問題行動：				
現在の居場所	在宅・老健・病院・その他（） 施設・病院利用の場合その名称：				
既往歴	年 月 日	年 齢	病 名		
入所希望理由					
施設に対する意向					
親族の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	住 所（〒

備考					

左：無・有

司

)

置かない

・ミキサー

)

)

助・全介助

々

パンツ

パンツ

助・全介助

)

)

TEL)




※1 介護保険被保険者証のコピー、在宅サービスの利用提供票のコピーを添付し提出して下さい。

※2

在宅サービスの利用頻度で施設入所中の方、病院入院中の方は、入所、入院前の利用状況を記入して下さい。

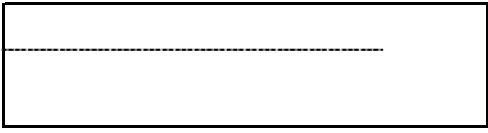
※3 必要性がなくなった場合には、ご連絡を下さい。

※4 申し込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡を下さい。

様式 1

# 介護老人福祉施設入所申込に伴う意見書

被保険者番号												ふりがな 氏名
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------



ご本人の状況



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100



その他の留意点



記入者

区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター	<input type="checkbox"/> その他(
所属	〒		—
			電話: (
職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他(	) 氏名

)
)

(注)

二

この意見書は、指定居宅介護支援事業者、又は在宅介護支援センターで作成してくれます。  
作成に係る費用負担はありません。

---

---

